



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公印省略)

第 12 回福岡県医師会 A C L S 研修会の開催について

季夏の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。毎度格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

日本医師会では、実技を含めた集中的な体験学習を「リカレント教育」の一環として強く推奨し、日医生涯教育推進委員会の答申でも積極的に推進するよう謳われております。

そこで、本会では、会員が気道確保や除細動等に関する知識と技能を身につけ、救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に資することを目的とした研修を毎年企画しております。

本研修で学ぶ二次救命処置は、救急患者の救命及び社会復帰を目指すにあたり、重視すべき要素であります。今後いっそうの高齢化が進むであろうことを鑑みても、地域医療を担う多くの医師、看護師等にとって、二次救命処置を行える状態にあるということが、大変重要であると考えられます。

つきましては、今年度も別紙のとおり開催いたしますので、ぜひご参加いただけますよう、会員へのご案内方につき、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 定員は 24 名となっており、申し込み多数の場合はこちらで選考させていただきますことをご了承願います。
- 2) 原則的には医師を対象とした研修会となっておりますが、定員に満たない場合は医師以外の医療従事者の参加も認めております。
(但し、定員を超える場合は医師を優先に選定いたします。)
- 3) 申し込みにつきましては、お手数ですが、貴会で取りまとめの上、別添の申し込み用紙にて、平成 26 年 11 月 14 日 (金) までに
E-mail (fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp) へご返送くださいますようお願いいたします。
- 4) 申し込み締切後、受講者には、本会より ICLS コースガイドブックならびに当日の詳細・留意事項につきまして、直接お送り致します。
- 5) 申し込みの無い場合も、その旨申し込み締め切り日までにご連絡くださいますよう、よろしくお願い致します。
- 6) 〆切後、定員に空きがあれば 12 月 5 日 (金) まで申し込みを受け付けます。

第 12 回福岡県医師会 A C L S 研修会開催要領

1. 日 時 平成 26 年 12 月 14 日 (日) 9 : 00 ~ 17 : 00 (予定)
2. 場 所 福岡県医師会館 5 階研修室
福岡市博多区博多駅南 2-9-30 (TEL : 092-431-4564)
3. 参加費 10,000 円 ※当日、徴収いたします。
4. 募集人員 24 名
5. 申込先 ご所属の郡市医師会
※当日受付は行いませんので、必ず事前にお申込みください。

プログラム (予定)

～ 8 : 5 5	受付
9 : 0 0 ~ 9 : 1 5 (1 5 分)	オリエンテーション
9 : 1 5 ~ 9 : 4 5 (3 0 分)	二次救命処置の概略
9 : 4 5 ~ 9 : 5 5 (1 0 分)	休 憩
9 : 5 5 ~ 1 0 : 5 5 (6 0 分)	B L S - 1 (Basic C P R、A E D)
1 0 : 5 5 ~ 1 1 : 1 0 (1 5 分)	休 憩
1 1 : 1 0 ~ 1 1 : 5 0 (4 0 分)	B L S - 2 (気道管理、異物除去)
1 1 : 5 0 ~ 1 2 : 4 0 (5 0 分)	昼休み
1 2 : 4 0 ~ 1 2 : 5 5 (1 5 分)	デモンストレーション
1 3 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0 (6 0 分)	メガコード - 1
1 4 : 0 0 ~ 1 4 : 1 5 (1 5 分)	休 憩
1 4 : 1 5 ~ 1 5 : 1 5 (6 0 分)	メガコード - 2
1 5 : 1 5 ~ 1 5 : 3 0 (1 5 分)	休 憩
1 5 : 3 0 ~ 1 6 : 1 0 (4 0 分)	メガコード - 3
1 6 : 1 0 ~ 1 6 : 2 0 (2 0 分)	休 憩
1 6 : 2 0 ~ 1 6 : 4 0 (2 0 分)	全体講義
1 6 : 4 0 ~	修了式

第12回福岡県医師会ACLS研修会参加申込書

医師会名()

※修了証書が発行されますので、記入漏れがないよう、お願いいたします。

(ふりがな) 参加希望者氏名	①(〒)住所・医療機関名 ②生年月日	電話番号 FAX番号	医籍登録番号 会 員 区 分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分
()	①〒	TEL:	No.
	②昭和 年 月 日生(歳)	FAX:	区分

※会員区分 A:開業医 B:勤務医 C:研修医 D:医師以外